



TITLE:

作業療法の現状と課題

AUTHOR(S):

山根, 寛; 小西, 紀一; 早川, 宏子; 小野, 泉; 梶原, 香里;
加藤, 寿宏

CITATION:

山根, 寛 ...[et al]. 作業療法の現状と課題. 京都大学医療技術短期大学部
紀要. 別冊, 健康人間学 1995, 7: 50-60

ISSUE DATE:

1995

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/49527>

RIGHT:

作業療法の現状と課題

山根 寛, 小西 紀一, 早川 宏子
小野 泉, 梶原 香里, 加藤 寿宏

Status Quo and Resolution in Occupational Therapy Education

Hiroshi YAMANE, Norikazu KONISHI, HIROKO HAYAKAWA
Izumi ONO, Kaori KAJIWARA, Toshihiro KATO

Abstract: Progress in the medical field caused the central issue from “cure” to “care”. The medical model focusing primarily on cure is no longer an “all mighty” card. Involvement of specialists in welfare and health care is indispensable for the modern medical field. This change required the creation of new specialities and the education of occupational therapists started in 1963 in Japan. Occupational Therapy (OT) program in our college started in 1982, as the 20 th educational institute in this country. Now, there are 31 institutes and sending approximately 1,200 graduated in a year, as of 1994. Increase in educational institutes and expansion of demands for OT produced several issues such as quality of education, educators, etc. The status quo of OT education in general is reviewed and several resolutions for our OT program are presented in this paper.

Key words: Occupational therapy, Education, History

はじめに

近代医学は自然科学的な合理主義に基づき、延命を第一の目標として発達してきた。延命を目標とした当初は、医師と看護師だけで医療は機能していたが、現在そうした延命医療だけでは対応できない状況に達したことは周知の事実である。1990年京都で開催された日本医学総会では「医学・医療の転換期」がスローガンとして掲げられた。今、行き詰まった医療の問題の解決の場は、リハビリテーションそして地域ケアへと広がり始めた。治すということから、病や障害を抱えた人と共に暮らすノーマライゼーションの原則が主張されるようになってきた。それに伴い、医療は、保健や福祉との連携なし

には考えられなくなり、今までの医師・看護師体制では対処しきれず、必然的に多くの専門職種が誕生するようになった。

こうした近代医学の転換期の中で、わが国にも作業療法士が誕生し、1996年には30周年を迎える。1,000人越えるのに15年かかり、後の15年で7,000人以上が増えることになる。2, 3年後には、最初の15年分の人数を超える人数が、毎年卒業するようになる。

作業療法は近代医学の陥穽を埋めるべく医療の中から出発し、地域ケアや生活の場へと広がる職域の中で、新しい専門職種として嘱望されながら、同時にさまざまな課題を抱えている。医学・医療の転機にあたり、作業療法の現状分析と今後の課題について考察する。

作業療法の現状

1. 作業療法士数の推移

1966年、第1回の国家試験が実施され、22名の作業療法士が誕生した。1994年10月1日現在、有資格者7,010名、日本作業療法士協会（以下 OT 協会）会員数6,038名である¹⁾。その推移を図1に示す。

作業療法士が誕生し、1,000人を越えたのが15年目の1981年、そして文部省の短期大学部の学生が卒業するようになった1982年頃より急増し、1987年に3,000人、1994年に7,000人を越えたことになる。学校数と定員増加を考慮すると、1997年には10,000人を越えると予測される。

1994年3月1日現在の会員構成は、男女比約3:7、年齢層では26～30歳が、最も多く全体の36%を占め、65%が30歳以下、81%が35歳以下である²⁾。

2. 教育の現状

1) 養成施設

現在、作業療法士の養成・教育は、厚生大臣指定の養成施設と文部大臣指定の短期大学、4年制大学の3通りで行われている。1994年10月1日現在、養成施設は31校、短期大学13校、4年制大学4校である。学生定員はそれぞれ885名、275名、100名の計1,260名である（表1）。

表1 作業療法士学校・養成施設数、定員

区 分		学 校 養 成 施設数	定 員
学 校 (文部大臣指定)	短 期 大 学	13	255
	4 年 制 大 学	4	100
	計	17	355
養 成 施 設 (厚生大臣指定)	国 (厚生省)	9	180
	国 (その他)	1	20
	都 道 府 県	1	20
	私 立	20	685
	計	31	905
総 計		47	1,260

1994年度

1963年に厚生大臣指定の養成施設、国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院が開設され、作業療法士の養成が始まった。文部省による教育は、1977年日本学術会議が総理大臣にあてた「リハビリテーションの教育・研究体制についての日本学術会議勧告」をうけて、1979年金沢大学医療技術短期大学部が開校した。4年制大学は1992年に広島大学医学部保健学科が開校し、以後、短期大学部からの4年制移行が始まっている。新設の4年制大学は、私立の新設が現在数校予定されている。学校・養成施設数の推移を図2に示す。

当学科は1982年、文部省の短期大学部としては5校目、全養成施設20校目として開校され

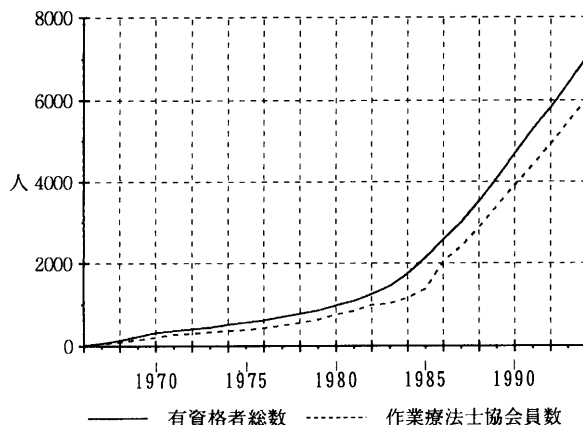


図1 作業療法士数の推移

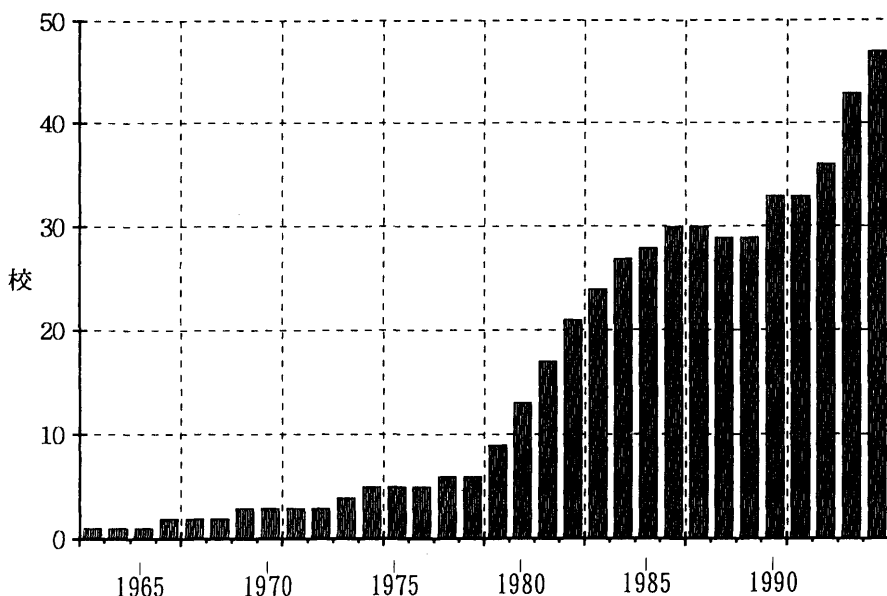


図2 学校・養成施設数の推移

た。

2) 教 員

1994年度現在、作業療法士学校・養成施設が47校開校しているが、相次ぐ新設校開校のため、専任教官の不足が慢性的な状態となっている。新設校が相次ぎ、正確な資料が作成されておらず、1995年度の作業療法白書に向けたOT協会の調査が待たれるが、身障、発達障害、精神と主だった領域の教官が全てそろっている学校は半数程度と推定されている。特に、新設の養成施設では、1名の専任教官で開設し、非常勤で補いながら、卒業生を教官として残すという苦肉の策をとっているところすらある。

また、文部大臣指定の短期大学や大学では、学士以上の学位が原則として必要とされる。そのため、専門職として学位を取得する制度がないわが国の現状においては、作業療法士になる以前に他の大学を卒業し学位を取得している者を除いては、外国で作業療法の学位を取得する。通信教育などで作業療法以外の学位を取得するといった方法で学位を得て教官になるというのが現状である。そのため、「免許を受けた後3年以上作業療法に関する業務に従事した者であり、かつ2人以上は免許を受けた後5年以

上作業療法に関する業務に従事した者」という条件を満たさないまま、学位優先で教官職に就かざるを得ない状態が続いている。

ましてや、専任教官である医師について、「作業療法につき少なくとも5年以上の経験を有する者」という条件を満たすのは難しいのが現状である。

3) 実 習 施 設

実習に関する指導要領（昭和47医発442）では、「指導者の内一人は免許を受けた後3年以上業務に従事した者であること、実習人員と指導者数の対比は2対1程度とすること」が望ましいとされている。

条件を満たす実習施設は限られており、当学科も開講時しばらくは山口県や愛知県まで実習施設を求めていた。最近になって、近接した施設に就職した卒業生が実習を受け入れられる条件が整い始めたため、極端に遠方の施設は少なくなってきた。しかし、発達障害領域のように施設そのものが少ない領域では、適切な指導が受けられる施設が限られており、宿舍を必要とする他府県に行かざるを得ない状況が続いている。また、実際には一人の指導者が一度に複数の学生を指導することは実務上困難なようで、

大半の施設が1対1の比率である。

そうした事情もあり、1994年度の当学科は、身障領域は11施設（内他府県1施設）、発達障害領域は7施設（内他府県6施設）精神障害領域は13施設（内他府県7施設）で実習を行っている。大学病院で十分な実習が不可能な事情もあり、まだ4割弱は他府県の施設にたよっているのが実状である。

開設20校目、13年を経過した当学科でさえそういう状況であり、その後に新設された学校は、当学科開設時同様、全国に実習施設を求めている。今後の学校や定員数の増加に伴う学生数の増加を考えると、まだしばらく実習施設・指導者の不足は解消されないであろう。

4) カリキュラム

本来カリキュラムは、学習者が何のために、

表2 カリキュラム改正年度と内容の推移

1966年		1972年		1989年	
物 理 学	45	人 文 科 学	90	人 文 科 学	90
科 学 学	45	社 会 科 学	90	社 会 科 学	90
医 学 的 心 理 学	45	教 育 科 学	(45)		
医 学 用 語	30	人 間 発 達 学	(45)		
公 衆 衛 生	30	自 然 科 学	90	自 然 科 学	90
		保 健 体 育	75	保 健 体 育	60
				外 国 語	60
小 計		345		360	
解 剖 学	255	解 剖 学	195	解 剖 学	165
生 理 学	150	生 理 学	120	生 理 学	120
運 動 学	45	運 動 学	90	運 動 学	90
病 理 学	60	病 理 学	45	病 理 学	30
		臨 床 心 理 学	45	臨 床 心 理 学	30
				リハビリテーション概論	30
				リハビリテーション医学	30
医 学 一 般	60	一 般 臨 床 医 学	90	一 般 臨 床 医 学	30
整形外科概論		整 形 外 科 学	60	内 科 学	60
及び一般外科概論	60	臨 床 神 經 学	60	整 形 外 科 学	60
神 經 ・ 筋 系 障 害	120	精 神 医 学	90	神 經 内 科 学	60
精 神 医 学	90			精 神 医 学	90
救 急 ・ 消 毒 法	45			小 児 科 学	30
				人 間 発 達 学	30
小 計		795		855	
作 業 療 法	540	作 業 療 法 原 理	45	作 業 療 法 概 論	90
		作 業 療 法 技 法	105	基 礎 作 業 学	165
		身体障害に対する作業療法	120	作 業 療 法 評 価 法	75
		精神障害に対する作業療法	120	作 業 治 療 学	285
		日 常 生 活 動 作	60	作 業 療 法 技 術 論	180
		職 業 前 評 価 と 訓 練	60		
臨 床 実 習	1,680	臨 床 実 習	1,080	臨 床 実 習	810
小 計		1,590		1,605	
				専 門 科 目 自 由 裁 量	200
総 計		2,730		3,020	

いつ、どこで、どのように、どの程度学習するか、教官はそれをどのように指導援助し、評価するかを定める学習計画をいう。作業療法士教育のカリキュラムの法的基準は「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」（平成元年文部省・厚生省令第二号）と「理学療法士作業療法士養成施設指導要領」（平成元年厚生省健康政策局発349号）に基づいている。現在のカリキュラムは、1972年の第一回改正につぐ、二度目の改正（1989）によるものである（表2）。

短期大学設置基準に照らし、自由裁量時間を含めた3,020時間は、臨床実習と一部の単位を除いて、基礎科目、専門基礎科目、専門科目を、実質2年間でこなさなければならない。しかも専門科目のほとんどは2年次に開講されるため、優先順位や系統だった編制を試みる余地もなく、専門基礎と専門科目が並行して、時には相前後して行われているのが実情である。

そうした過密スケジュールの中では、留年、もしくは1年次履修の基礎医学の単位を複数残したまま2年次を迎えた学生は、その単位取得の試験のために専門科目受講が不十分になり、臨床実習で大きく躓くという結果を招いている。

3. 就業状況

OT協会のニュースに毎年掲載される卒業年度の就職状況を集計してみると、分野別就職数は図3のような経過をたどり、分野別の比率は図4のようになる。卒業数に関わらず、身体障害領域に半数強が、精神障害領域に2割強が、発達障害領域は毎年40～50名、残りが老人保健その他というのがこの10年の傾向といえる³⁾。

ここ数年は、比率で見れば身体障害領域が横這い状態、発達障害、老人保健領域がやや低下し、精神障害領域がやや高くなっている。これは、発達障害領域については、医療・福祉の枠内における子供の総数の減少、施設数に対する需給バランスの充足の影響といえる。しかし、教育領域への理学・作業療法士の参加に対する要請の声も年々高まり、これが、実現されると需要が大幅に上回ることになる。老人保健に関しては、「高齢者保健福祉推進10か年戦略」（いわゆるゴールドプラン）がだされてしばらくは施設開設に伴って急増したが、施設そのものの開設が一時期ほどでなくなったことなどが影響しているためと思われる。精神保健領域の伸びは、精神保健法改正により精神障害者に対するリハビリテーションに目が向けられるようになったことの影響といえる。しかし、需要に対する絶対数は慢性的な不足状態で、一部社会復

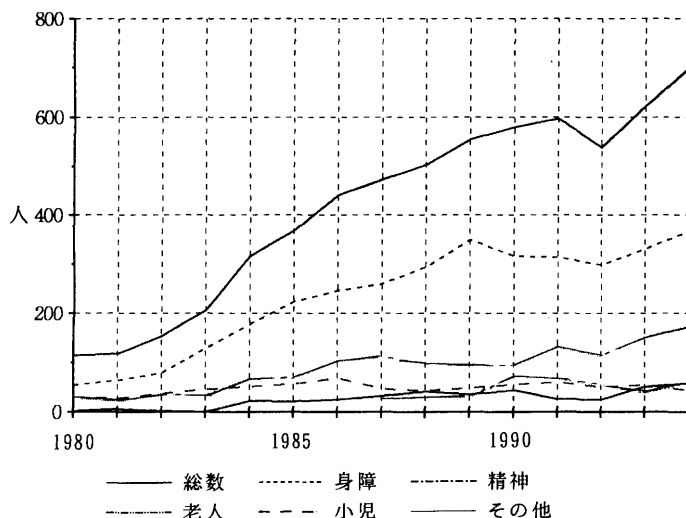


図3 分野別就職数

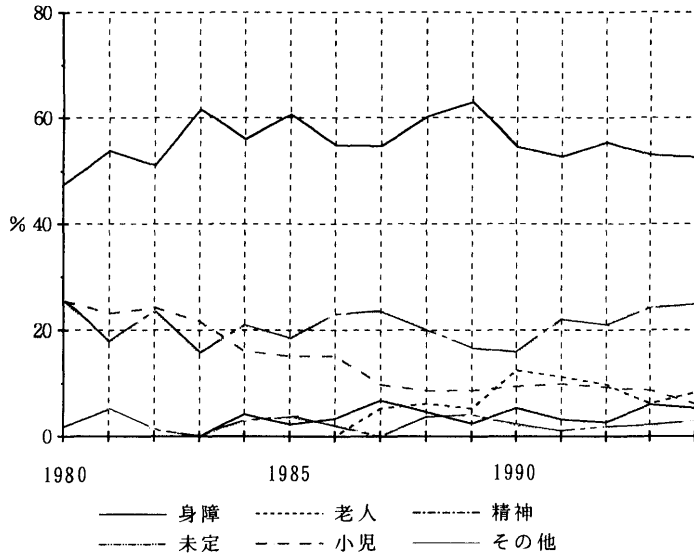


図4 分野別就職比率

婦施設では法による作業療法士の配置が必置条件からはずされたものもあり、OT 協会では「精神保健領域配置促進プロジェクト」が発足している。

4. 作業療法士の需給

1993年度卒業生に対する求人施設や求人数より重複率（27%）を除いた値から推定された全国推定求人数は3,587人、推定求人施設数は2,324施設で、養成校定員数のおよそ5倍にあたる⁴⁾。

作業療法士の需給計画は1976年、医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会において検討され、1988年には第2次の見直しがされた。老人保健施設を見込んだその時の推定数が、1995年に7,500名⁵⁾であったが、1994年には有資格者が7,000名を越えたにも関わらず、上述したように養成定員の5倍の需要が現在ある。高齢化や対象疾患の拡大、ゴールドプランに伴う老人保健施設や社会福祉施設での需要が増加したためである。そのため、需給計画は第3次の見直しが1991年になされ、1995年には13,200名、1999年には15,800名が必要になるとされた⁶⁾。しかし、この見直しは精神障害領域で必要とされている社会資源^{7,8)}に関してはまだ十分考慮

されておらず、就業率95%以上という条件での推定である。そうした事情を考えると実際の需要は第3次見直しをも越えることが予想される。ちなみに OT 協会は1999年の需要を30,000名以上という推定値もだしている⁶⁾。

5. 職域について

近年、21世紀に向けた日本の医療・保健・福祉は、入院医療中心のサービスから地域における総合的なサービスへと転換を迫られ、そのサービスの担い手である作業療法士の職域も、医療から保健・福祉へと広がりを見せ始めている。対象者のニーズも多様化し、作業療法士に要求される役割も拡大している。救急医療から職業や教育、ライフステージに合った社会生活への適応まで、すでに欧米諸国において60年前から行われてきた作業療法が、ようやく日本でも行われる兆しがみえてきた。

養成校創立時、「理学療法士及び作業療法士養成施設指定規則」に示された教育カリキュラムは、当時のアメリカのシステムを導入したものである。しかし、当時の作業療法の職域は、その教育内容を生かすにはほど遠く、30年余経過した今、ようやく教育内容に臨床が近づいてきた。しかし、職域が拡大しつつあるとはい

え、「医師の指示の下にその業務を行うもの」とされている法が、作業療法の職域は指示を出す医師が多くいるところ、すなわち病院に限られていると解釈されがちであることは事実で、実際行われている業務内容の保健・福祉さらに職業領域への関わりによって、作業療法士の適性配置を裏付けるに至っていない。

作業療法の課題

作業療法の置かれた現状をふまえて、当学部における作業療法学の課題と臨床における作業療法の課題について述べる。

1. 教育の課題

1) 4年制教育の必要性

作業療法士の供給において、絶対数の不足は免れないものの、養成校の増加に伴い部分的には量的要求が満たされ始めた現在、作業療法サービスの質的内容に対しても、その水準の向上が注目されるようになってきている。医学の進歩に歩調を合わせた効果的な介入を保証し、さらに保健・福祉といった生活を視野に入れたサービスが提供できる作業療法士の養成は、教育機関が社会に対して担わなければならない責任である。

また、臨床現場での実践の積み重ねを反映する作業療法の治療原理の整理・体系化も、専門職として、早急に社会に答えていかなければならない課題である。学問体系としては、医学などに比べると歴史が浅く未熟な面があることは否めないが、要求されるレベルは同等のもの、もしくはリハビリテーションという観点ではそれ以上のものを求められる。要求されるレベルと不整備な学問体系のギャップは相当大きなものであることを認めざるを得ない。

現在、OT協会の努力もあり、カリキュラムの内容やテキストの整備も進みつつあり、こうしたギャップを埋めることも不可能ではない条件が整いつつある。ただし、必要最低限の質的水準を達成することは、すでに現状で分析されたように、物理的に3年という期間では不可能

である。現在、OT協会等が提供する卒後教育プログラムで何とか対応が試みられているが、本来の教育システムからすると変則的な対応であり、量的にも十分な対応は困難である。

また、教育システムにおいて学生に課せられる要求水準の高度化に伴い、学生の資質も高いものが期待される。しかし、4年制大学に対する3年制の養成システムへの社会的評価なども関連し、明確な意志を持って受験する一部の学生を除けば、4年制大学に比べ相対的に十分な資質を備えた学生が得難いことも、動かしがたい事実である。

そうした要求される学習の量と質の高さ、3年間という短期の教育期間、短大や養成校に入学する学生の相対的な資質レベルの問題などが影響し、入学後単位取得に追い立てられ、内容を吟味する余裕がないままに学年が進行し、臨床実習や就職後の臨床で壁に突き当たる体験をする者がかなり見られる。

そのような障碍を乗り越えられるか否かは、もちろん学生個人の資質に帰せられることが多い面もあるが、もう少し時間的なゆとりが確保されれば、教育のなかで解決できるものも多い。当学科設立以来の目標とし、専門領域において将来指導的役割を担える人材の育成を掲げているが、その目標を達成するためにも4年制への早期移行が強く望まれる。

2) 卒業認定と国家試験受験資格

作業療法の多様性を考えると、その発展を支えていく人材にも多様性が要求される。卒後即戦力となる臨床技術者の養成という初期の養成課題にとどまらず、学問体系としての作業療法の研究者や他の領域で作業療法の知識を活かすことを目的に学習する者の養成が、作業療法そのものの発展にとって必要不可欠な時代を迎えている。学際的交流が作業療法の発展に寄与するところも少なくない。

そのような要件を満たす学生を得るためには、必ずしも国家試験受験資格取得が唯一の目標とはならない。卒業認定と受験資格取得の条件を別建てにすることができれば、人材の多様

性も確保されやすくなる。

また、単位取得の点から見れば問題のない学生でも、作業療法士として期待される人間性や社会性という基本的資質の点で、臨床家として不十分な学生が存在する場合もある。しかし、現在の単位取得の条件では、臨床の作業療法士にはならないが作業療法で学習したことを他分野で活かすという形で卒業することはできない。教育学部のように卒業認定単位と国家試験受験資格単位を別建てにすることによって、多様な学問のあり方を認める必要がある。それが、ひいては作業療法の啓蒙と発展にもつながる。

3) 臨床教育としての実習の位置づけ

4年制の項でも述べたが、教育内容の量的増大の結果、臨床における応用技術の面に関しては、学内ではまかないきれない状況にある。これは、時間的な問題もさることながら、現状の教育システムや施設の面からも十分に臨床的経験を提供できないという実情がある。大学病院で基本的な実習ができるようにするなど、抜本的な改革が期待されるが、とりあえず現状に即した臨床教育を進める上では、実習指導者に対し、実習が作業療法教育の重要な一翼を担っているという自覚が要求される。

そのためには、指導法・教育法に対し教育施設との密接な連絡な欠かせない。現在、年に一度、実習指導者との会合の機会が設けられているが、時間的にも内容的にも十分なものではない。仮に、実習指導者に対し、適切なプログラムを準備できたとしても、実習指導者の指導者会議への参加が業務として認められるのでなければ、臨床現場を離れる時間を確保することも困難である。これらの問題を解決し、臨床教育の充実を図る上で、実習指導者を外部講師のような形態で教育システムの中に取り込めるような方策が必要である。

また OT 協会が作業療法士需給見直しに関連して厚生省に要望しているように⁹⁾、作業療法士の働く領域が医療から保健福祉領域へと拡大しており、作業療法士が常勤として働く福祉

施設なども実習対象施設とし、臨床教育の在り方そのものをも見直す必要がある。

4) 卒後教育システムの確立

現在、作業療法士協会等で幾つかの卒後研修プログラムが提供されているが、3年間という短期の教育の不充分さを補うことで手一杯の現状である。学問体系の発展につながるような水準、発展に寄与できる人材の育成を考えると、一貫した取り組みも必要と考える。

作業療法の内容の多様化に伴い、最前線に立つプログラムを提供し続けるためには専門分化した研究とそれぞれの研究を統合するシステムが必要である。4年制、大学院設置という方法が現実ではあるが、一方研修生や研究生の受け入れシステムを整備することで応急的な対策となる面もある。受け入れ条件を明確にし、成果に対する公的な認定システムを設置することができれば、潜在的な候補者層を作業療法士の中に拡張することもできる。

高度な水準での教育の機会は、学生のみならず、教官にとっても刺激となり、研究成果の促進が図られるものとなる。本学科の地理的条件は、医学部との学際的交流を推進していくためにも好条件を備えているし、人的条件においても優れた内容を備えている。こうした資源の活用を図ることは我々に課せられた使命であるといえるだろう。

2. 臨床の課題

1) 専門としての基準

専門としての基準、作業療法の専門技術に関して、アメリカでは1981年に作業療法士協会が、新人および助手、中堅、ベテランと経験年数によって対象を区切り、その内容を示している。新人向けのものは、作業療法士として最低限の役割を果たし、技術提供できるように手引きするものである¹⁰⁾。作業療法の依頼がなされた時から、作業療法評価、計画、実施に至る留意すべき内容を詳細に記述している。

日本の「理学療法士及び作業療法士法」では、第二条第二項で、作業療法を「身体又は精

神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作、その他の作業を行わせることをいう」としている。

それに対し、OT 協会は、1989年「作業療法士業務指針」¹¹⁾を示し、作業療法の目的を「身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な活動の獲得を得るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて治療・指導・援助を行う」という技術を持って保健・医療・福祉の普及及び向上に寄与することとしている。作業療法士の専門性を認識し、十分発揮し、関係職種と協働する中でその業務を適正に、且つ円滑に行い、リハビリテーション・サービスに貢献することを目的としたものである。内容は、基本的態度や義務、倫理、他職種との関係、自己研鑽と後輩の育成に努めることなどを定めている。特に専門技術については、その第三項に個別業務に関することとして、対象者の基本的能力、高次神経機能、心理的機能、应用能力、精神機能及び作業能力に係る作業療法評価・計画立案と、種々の作業活動と環境整備、家族指導、自助具・義肢・装具の製作等の手段による作業療法の実施・再評価・必要に応じた計画の変更を行うものとしている。そしてそれらの実践に必要な技術を持つこと、終了時や必要に応じて報告を行うこと、また、作業療法の実施場所をベッドサイド、作業療法室、対象者の家、及び職場とし、実施の際に使用する器具等の保守点検に努めることを提示している。

また1991年「作業療法ガイドライン」¹²⁾を作成し、身体障害、精神障害、発達障害、老人、職業、の5分野における作業療法の専門技術を示した。これは表3のような構成にそって、具体的に記述されている。さらに、作業療法の臨床基準の確立と向上をめざし、より具体的に業務を展開していくために「作業療法マニュアル」の作成が進行中である。新人作業療法士でも最低限の業務の遂行が為しうよう、一定の臨床基準を示すものである。

表3 作業療法ガイドラインの構成

I	作業療法が行われる施設と実施形態
II	作業療法の対象となる疾患・障害及び実施時期
III	作業療法の実施
1	評価
2	作業療法計画とその実施
IV	管理・運営業務
V	自己研修
VI	その他

OT 協会が職能団体学術団体として、作業療法の教育・臨床の確立及び向上をめざす作業を進めているが、これらの業務指針やガイドライン、マニュアルを臨床や教育に浸透させ、具体的な理念や技術にすることがこれからの課題である。

2) 適正配置

作業療法士の社会的ニーズが高まり職域は年々拡大し、各領域で要求される技術は専門分化しているが、それに伴う作業療法士の適正配置が遅れている。特に医療領域における訪問看護ステーション、デイケア、身体障害領域の地域在宅に関わるB型センター、小児領域の通園施設、児童相談所、あるいは老人福祉施設、精神保健施設、福祉用具に関する事業を行う場所等に対する適切な対応が望まれる¹³⁾。適正配置の問題は、基本的には作業療法がリハビリテーションとして医療・保健・福祉すべてに関連するという理念が浸透していないことが原因といえる。

「理学療法士及び作業療法士法の解説」¹⁴⁾によれば、「医師の指示の基に作業療法を行うことを業とするとは、作業療法士がその個別の業務を行うにあたって、そのつど医師の具体的な指示を受けることが必ずしも想定されているのではなく、その業務が全体として医師の指示の基にあって運用されることを期待しての表現である」との解釈がなされている。またこの法律は「病院または診療所以外の場所で行う業務に就いては規定されるものではない」とされている。これにより、地域生活や就労、学習障害

児に対する援助など、作業療法士の職域の広がりや保障されていると解釈できるのである。保健・福祉さらに職業領域を含む職域で、作業療法本来の機能を生かすには、法の改正だけでなく、作業療法士自身が法そのものの解釈に対しても十分な認識を持ち、自らアピールすることが必要である。

3) 職域間、行政間の問題

たとえば障害児の学校教育の領域では、作業療法の資格に加え教員資格を要求されること、精神薄弱を対象とした領域では業務教育期間が教育の中で療育として関わるが、卒後と同時に行政の管轄の違いから継続した関わりが出来ないといった問題などがある。同様に障害者雇用の領域でも、作業療法が厚生行政下にあると解釈されていることもあり、労働行政との縦割り行政の歪みで一部を除き職業リハビリテーションへの系統だった参画には至っていない。リハビリテーションという視点で、これまでの職域や行政の区分を越えたサービスの提供が可能なシステムの確立が必要である。

4) 教育体制の問題

職域拡大に伴う課題の解決には、医療領域、身体障害領域への偏りにみられる各領域間の配置の不均衡を是正することと、ニーズに応えられる作業療法士の専門技術の向上を図ることが必要である。特に作業療法士に対する社会的ニーズが、保健・福祉領域の重要な人材として位置づけていることから、保健・福祉領域で必要な知識・技術を十分に修得することが求められている。

今後の社会的ニーズに応えるならば、そのサービスを病院・施設から地域へと広げ、在宅障害者とその家族に提供できなければならない。また、医療現場にいる作業療法士も対象者の障害の回復への関わりだけでなく、地域社会での生活をできるだけ正確に想定した専門技術の提供が望まれる。それには作業療法評価・計画・実施における生活援助技術の開発と、障害の回復・軽減技術の一層の発展を図ることが今後の課題となる。「障害を持つ、その人の生活」

という始点を示しながら、実情は医学モデルに重点が置かれていた教育の抜本的な見直しが必要である。そのためにも、専門職種による教育・研究体制の確立が急がれる。

おわりに

作業療法士という一職種の現状を分析し、主として当学部における作業療法学科の課題を明確にすることで、今の医学・医療の行き詰まりと課題が見えたように思われる。当学部はこうした医療・医学の課題を解決する専門職の教育と研究を目的としている。しかし一方、19世紀末のドイツ医学をモデルに、軍医をまねいて指導を仰いで確立された日本の近代医学のシステムは、形骸化し始めたとはいえ、まだ医療従事者の教育にも大きく影を残している。医療・保健・福祉の現状にそった教育を行うには、これまでの医学教育に追従した形を大きく転換していく必要がある。特にリハビリテーションという保健・福祉領域に大きく職域が拡大しつつある作業療法に関しては、これから新しく体系化していく分野であるため、専門職種による教育・研究が十分に行える体制を整えることが必要である。

文 献

- 1) 日本作業療法士協会：日本作業療法士協会ニュース，1994；161：1-8
- 2) 杉原素子・他：'93年度日本作業療法士会会員統計資料．作業療法，1994；13(2)：163-171
- 3) 日本作業療法士協会：日本作業療法士協会ニュース，1982-1994：80-158
- 4) 森山早苗・他：平成4年度求人及び初任給調査報告．作業療法，1994；13(2)：158-162
- 5) 杉原素子：作業療法士数の需要及び供給計画の見直しにあたって．作業療法，1991；10(3)：192-202
- 6) 杉原素子：「理学療法士及び作業療法士数の需給計画の見直しに関する意見書」と今後の課題．作業療法，1991；10(4)：280-284
- 7) 日本精神神経学会社会復帰問題委員会：長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計．精神経誌，1991；93(7)：582-602

- 8) 黒田研二・他：外来受診中の精神分裂病患者のリハビリテーション・ニーズに関する全国調査. 精神経誌, 1994 ; 96 (1) : 70-78
- 9) 日本作業療法士協会：理学療法士及び作業療法士数の需給計画の見直しに関する意見書. 作業療法, 1992 ; 11 (1) : 91-92
- 10) American Occupational Therapist Association: Entry-Level Role Delineation for OTRs and COTAs. 1981
- 11) 日本作業療法士協会：作業療法業務指針. 1989
- 12) 日本作業療法士協会:作業療法ガイドライン. 1991
- 13) 日本作業療法士協会企画調整委員会：作業療法士の職域拡大について（答申），作業療法, 1995 : 14 (1)
- 14) 厚生省医務局医事課：理学療法士及び作業療法士の解説. 中央法規出版, 1965